ITEM 165 : ATTEINTES NEUROLOGIQUES DU VIH

Neuropathie périphérique

- **Atteinte histologique du système nerveux périphérique** quasi-constante (95%) → **symptomatique** dans **15%** des cas

Poly-radiculonévrite aiguë	= Possible à tous stade, principalement au stade précoce - **Atteinte motrice** bilatérale et symétrique, avec **aréflexie diffuse** - Réaction inflammatoire à la PL : **hypercytose** avec **hyperprotéinorachie** - TTT : **corticothérapie**
Poly-neuropathie axonale	= A un stade avancé du déficit immunitaire - **Atteinte sensitive distale**, longueur-dépendante → Eliminer une origine médicamenteuse (**antirétroviraux**)
Mononévrite	- A un stade précoce (le plus souvent) : **périphériques** (**nerf ulnaire**, **fibulaire commun**, **tibial**) et **crâniens** (**nerf facial**), d'évolution favorable - A un stade avancé : évolution souvent rapide et progressive
Poly-radiculonévrite Myéloradiculite	- **Polyradiculonévrite** : atteinte de la queue de cheval ++ - **Myéloradiculopathie** : paraplégie hyporéflexique associée à des troubles sensitifs et sphinctériens → Parfois liée à **CMV** : **traitement antiviral en urgence**, recherche d'une **atteinte rétinienne**

Muscle

Myopathie	= Possible à tous stade de l'infection : lié au **VIH**, à **l'administration d'AZT**, à des **infections opportunistes**, à des **infiltrations tumorales**, à une **vascularite** ou par **dénutrition** - **Polymyosite proximale** : faiblesse musculaire, douleur, parfois difficultés à la marche avec chutes - Diagnostic : . **CPK** . **Syndrome myogène à l'EMG** . **Biopsie musculaire**

Système nerveux central

Lié au VIH

Méningite aseptique	- **Céphalées, fièvre, syndrome méningé modéré** ± **atteinte de nerf crânien** (V, VI, VII surtout) - PL : . **Méningite lymphocytaire** (< 800/mm^3) . Discrète **hyperprotéinorachie** (< 1 g/L) - Evolution favorable spontanée en quelques jours, possible récidive
Encéphalite	= **Infection des cellules microgliales et astrocytes** par le VIH : le plus souvent chez le patient immunodéprimé (CD4 < 200), parfois lors de la primo-infection - Début insidieux : . **Syndrome dépressif, trouble mnésique, ralentissement idéo-moteur, trouble de la concentration et de l'attention** . **Démence sous-corticale** à un stade avancé - IRM : atrophie cérébrale, hypersignaux T2 bilatéraux et symétriques, périventriculaires, prédominant dans les lobes frontaux et pariétaux - PL : **normal** ou **légère pléiocytose mononuclée** dans 20% des cas - TTT : **antirétroviraux** passant la barrière hémato-encéphalique
Myélopathie	- **Myélite aiguë** (rare) - **Myélite chronique** = **myélopathie vacuolaire** : dégénérescence vacuolaire de la substance blanche des cordons médullaires postérieurs et latéraux, prédominant au niveau de la moelle thoracique ± associée à une encéphalopathie à VIH

Infection opportuniste

Toxoplasmose cérébrale

= **Parasitose à *Toxoplasma gondii*** : manifestation inaugurale la plus fréquente de l'infection VIH méconnue avec la pneumocystose, généralement CD4 < 200/mm^3

C	Début aigu/subaigu : - **Céphalée** (70%) - **Signe focal**, **crise comitiale** (30%) - **Fièvre** (50%)
PC	- IRM : **abcès multiples** prenant le contraste de manière nodulaire ou en cocarde, le plus fréquemment aux lobes frontaux et aux noyaux gris centraux - Ponction lombaire : PCR peu sensible mais très spécifique - **Sérologie** : apport diagnostique uniquement si négatif (VPN 95%)
TTT	- **Pyriméthamine** (Malocide®) en association avec **sulfadiazine** (Adiazine®) ou **clindamycine** (Dalacine®) associé à de **l'acide folinique** - Durée : **3 à 6 semaines** - **Prophylaxie secondaire** : **Bactrim®** jusqu'à CD4 > 200 pendant > 6 mois → En cas de résistance au traitement : évoquer un **lymphome cérébral**

Système nerveux central	*Infection opportuniste*	**Cryptococcose**	= **Infection à *Cryptococcus neoformans*** : **méningite chronique de la base du crâne** avec parfois méningo-encéphalite, généralement CD4 < 50/mm³ - Complication : **hypertension intracrânienne** (PL itératives), **récidive** (60%)	
			C	- Début insidieux : **fièvre, céphalées** (isolées dans 70% des cas), **syndrome méningé** (40%), **vertige, irritabilité, ralentissement de l'idéation, crise comitiale, paralysie d'un nerf crânien**
			PC	- PL : . **Méningite lymphocytaire** avec hyperprotéinorachie modérée, **hypoglycorrachie** inconstante . **Cryptocoque à l'examen direct** (coloré à **l'encre de Chine**) ou en **culture** - **Ag cryptococcique** dans le sang ou le LCR
			TTT	- Traitement d'attaque : **amphotéricine B + fluorocytosine** pendant 2 semaines - Traitement d'entretien : **fluconazole** seul
		Encéphalite à CMV	C	- Début brutal/subaigu : **fièvre, trouble de conscience, trouble du comportement**, parfois **signes de focalisation** → Possible **atteinte multiviscérale** : **paralysie de nerf crânien**, **syndrome de la queue de cheval, méningo-radiculo-myélite, atteinte rétinienne, pulmonaire, digestive**
			PC	- IRM : prise de contraste méningée périventriculaire (**ventriculite**) ± **hydrocéphalie** - PL : **CMV** en **PCR** ou **culture**
			TTT	**- Ganciclovir** ou **foscarnet** jusqu'à restauration immunitaire
		Leuco-encéphalite multifocale progressive	= Infection à **virus JC (papovavirus)**, infiltrant les **oligodendrocytes** : généralement (mais non exclusivement) pour CD4 < 100/mm³ → De mauvais pronostic	
			C	- Encéphalite progressive sans fièvre : **signe de focalisation, crise convulsive, ataxie, troubles visuels**, parfois **troubles cognitifs** ou **troubles psychiatriques**
			PC	- IRM : hypersignal T2/FLAIR et hyposignal T1 de la substance blanche, sans effet de masse, ne prenant pas ou peu le contraste - PL : bio-cytologie normale dans 50% des cas, **PCR positive à JC virus**
			TTT	- TTT : **restauration immunitaire** sous antirétroviral
		Méningite	- **Tuberculeuse** : syndrome méningé d'apparition progressive, atteinte fréquente des nerfs crâniens, ou parfois manifestations psychiatriques, hyponatrémie - Autres méningites : **listériose, syphilitique**	
	Néoplasie	**Lymphome primitif du système nerveux central**	- Début insidieux : **céphalées, troubles mnésiques, confusion**, puis **signes de focalisation** dans un second temps - IRM : lésions multiples, bilatérales, expansives, non spécifiques, à bords mali limités, prenant le contraste, avec un faible effet de masse, siégeant préférentiellement dans le corps calleux, les noyaux gris centraux, le thalamus, les régions périventriculaires et le cervelet - Diagnostic confirmé par **biopsie stéréotaxique** (risque de faux négatif si corticoïdes) - TTT : **chimiothérapie**, **restauration immunitaire** sous antirétroviral	
Iatrogène	- INTI = . Didanosine, stavudine : **polyneuropathie** . Zidovudine : **myopathie mitochondriale** réversible → Ne doivent plus être utilisés - Inhibiteur de protéase = ritonavir, amprénavir : **céphalées, vertiges, paresthésies** - INNTI = éfavirenz : **syndrome confusionnel, crises convulsives**			
Orientation	→ **Céphalée/syndrome méningée** : cryptococcose, tuberculose ou méningite aseptique à VIH (diagnostic d'élimination) → **Syndrome neurologique focal** : toxoplasmose cérébrale, lymphome primitif du système nerveux central ou LEMP, ou parfois abcès tuberculeux, encéphalite à CMV ou à HSV → **Encéphalite** : encéphalite à VIH, encéphalite à CMV ou LEMP → **Trouble de la marche** : neuropathie, polymyosite ou myélopathie vacuolaire → **Troubles cognitifs progressifs** : encéphalopathie à VIH			